Lane Medical Library

Über die
Symptomatologie der Retroflexio uteri.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 9. November 1897

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Wilhelm Thedinga

aus Lingen a. d. Ems.

OPPONENTEN:

Herr Dr. iur. H. Kapler, Consistorialassessor.
Herr Dr. phil. F. J. Schmidt, Oberlehrer.
Herr Dr. med. A. Trzebiatowski, Arzt.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Meinen Eltern.

Seitdem B. Schultze nachgewiesen hat, dass die Anteflexio uteri nicht, wie man bis dahin glaubte, etwas pathologisches sei, dass vielmehr grade diese Stellung des Corpus uteri zum Cervix als der Norm entsprechend zu bezeichnen ist, hat man sich gewöhnt, jede Abweichung von diesem Verhältnis zwischen Corpus und Cervix als eine Krankheit aufzufassen. Unter diesen Lageanomalien spielt die bei weitem wichtigste Rolle die Retroversioflexio, wie man neuerdings die Abweichungen des Corpus nach hinten zusammenfassend bezeichnet. Mit dieser Retroversioflexio haben die Gynäkologen im Laufe der beiden letzten Decennien einen gewaltigen Complex der allerverschiedensten Symptome in Zusammenhang gebracht und diesen Zusammenhang zu eruieren sich redlich bemüht. Und wenn dabei unter den Autoren über die „charakteristischen" Symptome der Rückwärtsbeugung des Uterus fast völlige Einigkeit herrscht, so gehen die Meinungen bezüglich der Frage, wie diese Symptome anatomisch zu erklären seien, stellenweise schon sehr weit auseinander, etwas, das sich aus der ausserordentlichen Schwierigkeit dieser Aufgabe leicht erklärt. Während die einen glauben, ein bestimmtes Symptom könne von dem retoflectiert liegenden Uterus selbst ausgelöst werden, glauben die anderen zur Erklärung der Krankheitserscheinung secundäre Erkrankungen, verursacht durch den dauernd rückwärts gebeugten Uterus, ins Treffen führen zu müssen.

Als ein Cardinalsymptom der Retroflexio, sofern es von allen Autoren als das beständigste anerkannt wird, kann man die Kreuzschmerzen bezeichnen. Und wie verschieden werden diese von den Autoren erklärt! Küstner in den Grundzügen der Gynäkologie (Jena 1893) glaubt beobachtet zu haben, dass die meisten Kranken die falsche Lage des Uterus in der Excavatio retrouterina als äusserst lästige Empfindung direct wahrnehmen und über Schmerzen tief unten im Becken, im Steissbein, in der Lumbalgegend oder gar zwischen den Schulterblättern klagen. Dagegen meint derselbe Autor

an anderer Stelle (Handb. f. Gynäkol. I, p. 135), dass „die Variationen in der Localisation der Schmerzen, ferner die Thatsache, dass auch eine ganze Reihe von Retroflexionen besteht, bei denen diese Erscheinungen nicht zu finden sind, wiederum zu denken geben, ob die Retroflexio als solche die Schmerzen verursacht.“ B. Schultze (Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter, Berlin 1881, p. 139 sq.) teilt für die Erklärung der Schmerzen den Ovarien eine bedeutsame Rolle zu: „die Retroversion der Ovarien (i. e. Descensus) exponiert dieselben den Bewegungen der Därme, sogar des Mastdarms, dessen Einfluss sie bei normaler Lage völlig entrückt sind. Darin und in der Zerrung und Torsion ihrer Gefässe mag der Grund liegen, weshalb die retrovertierten Ovarien meist gegen Druck sehr empfindlich sind. Die Kranken geben bei Druck der Ovarien oft bestimmt an, dass die durch denselben hervorgerufenen Schmerzen dieselben sind, von denen sie spontan und beim Stuhlgang belästigt werden“. Bestätigt findet Schultze diese Annahme durch die Beobachtung, dass nach Reposition des Uterus die Schwellung der Ovarien zurückgeht. Fritsch (Die Lageveränderungen und die Entzündungen der Gebärmutter. Stuttgart 1885. p. 116) nimmt zwar auch einen Teil der Erscheinungen für die Ovarien in Anspruch, weicht aber insofern doch von der Ansicht Schultzes ab, als er nicht die Ovarien selbst, sondern nur ihre Umgebung, das Peritoneum, erkranken lässt, so dass die Lageveränderung also durch eine Peri- und Paraoophoritis compliciert würde. Abgesehen von dieser begleitenden Erkrankung sieht Fritsch einen Grund für die Kreuzschmerzen bei einer incomplicierten Retroversioflexio, „Schmerzen, die entschieden höher localisiert sind, als der Angriffspunkt des kranken Organs“, darin, dass die Ligamenta lata und die Douglasfalten an ihrem Ansatzpunkt, dem Peritoneum parietale, zerren (cf. l. c. p. 91).

In derselben Weise könnte man die Verschiedenheiten in den Ansichten der Autoren bezüglich der Wirkung des retroflectierten Uterus auf seine Nachbarorgane, Blase und Rectum und das Gebiet des Plexus ischiadicus demonstrieren, jedoch ich denke, dass die obigen Zusammenstellungen durchaus hinreichen, um zu zeigen, dass bezüglich der Symptomatologie der Retro-

versioflexio nichts weniger als Klarheit besteht. Ja, um das Bild noch bunter zu machen, fühlen sich einige Autoren, wie Fritsch, Fehling, Martin zu dem Geständnis veranlasst, dass es eine ganze Anzahl von Rückwärtsbeugungen des Uterus giebt, die überhaupt keine Symptome machen, eine Ansicht, die sicherlich keine grosse Verbreitung gefunden hat; denn im allgemeinen ist es die Ansicht der Aerzte, dass die Retroflexio eine schwere Erkrankung sei, sodass man auch unter den Laien häufig der trostlosen Auffassung begegnet, dass eine Frau mit „Gebärmutterknickung" chronischem Siechtum rettungslos verfallen sei.

So stand es um die genaue Kenntnis der Retroversioflexio in ihrer Bedeutung für das erkrankte Individuum, als die operative Behandlung dieser Lageanomalie stellenweise bedenklich überhand nahm. Und vielleicht verdanken wir es nicht am wenigsten diesem Umstand, dass fast zu derselben Zeit, als zwei Operateure sich in langatmigen Tiraden ergingen, um ein für allemal zu fixieren, wer von ihnen die Priorität einer Operationsmethode für sich in Anspruch zu nehmen berechtigt sei, von der, wie es den Anschein hat, bald niemand mehr sprechen wird, dass zu derselben Zeit in der Litteratur Bestrebungen sich geltend machten, die unerledigte Frage nach den Symptomen der Retroversioflexio dem Streit um die Operationsmethoden gegenüber in den Fordergrund zu stellen.

Allerdings hatte lange vorher Vedeler (Archiv für Geburtshülfe und Gynäkologie 28, p. 228) seine Beobachtungen über diese Frage, die er an einem zahlreichen Material, an 313 Fällen gemacht hatte, veröffentlicht; und zwar mit dem Resultat, dass er unter diesen 313 Fällen 129 solche ohne alle Beschwerden fand. Diese verteilen sich auf die zur Beobachtung gekommenen Virgines, Nulliparae und Uni- und Multiparae derart, dass 64 % der ersteren, 53 % der Nulliparae und 38 % derjenigen Frauen, die geboren hatten, frei von jeglicher Beschwerde waren.

Wenn diese Veröffentlichung nicht imstande war, der Frage nach den Symptomen der Retroversioflexio zu einer so lebhaften und wünschenswerten Ventilation zu verhelfen, wie der Vortrag Theilhabers über die gleiche Materie auf dem Gynäkologencongress in Wien 1895

(abgedruckt in der Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäkol., Bd. II, 266), so ist der Grund hierfür wohl einerseits darin zu suchen, dass die oben erwähnte Operationswut, mit der man stellenweise jeden retroflectierten Uterus ohne weiteres blutig in Anteversion fixierte, verschiedenenorts berechtigtes Bedenken erregt hatte, und andererseits darin, dass Theilhaber in seinem Vortrag das Kind mit dem Bade ausschüttet, wenn er es als ein für allemal abgemacht hinstellt, dass es einer Frau absolut gleichgültig sein könne, ob sie ihr Corpus uteri vorn oder hinten trage, der eine Fundus habe eben ein grösseres Faible für die Nachbarschaft der Harnblase, der andere für die des Mastdarms.

Theilhaber hat kein Recht, sich darüber zu beklagen, dass B. Schultze in seiner Erwiderung jenes Vortrages (Monatsschrift, Bd. III, p. 1) ausdrücklich betont, dass nur der Ort, an dem der Vortrag gehalten sei, nicht der Inhalt ihn bestimmt habe, die Argumente Theilhabers zurückzuweisen. Denn es ist doch ein allzu kühnes Unterfangen, aus der Beobachtung von 95 Fällen, die obendrein nicht einmal nach Ablauf einer geraumen Zeit nach der Behandlung einer Controlle unterzogen sind, so weitgehende Schlüsse zu ziehen, wie Theilhaber das gethan hat.

Ich meine, die Beobachtungen an einem so dürftigen Material sind im besten Fall geeignet, Zweifel an der Richtigkeit der hergebrachten Anschauungen zu erregen und infolgedessen weitere Untersuchungen über diese Frage zu veranlassen, nicht aber die gewohnten Vorstellungen über die Bedeutung der Retroversioflexio mit einem Schlage zu beseitigen und somit die Therapie dieser Erkrankung in völlig andere Bahnen zu lenken.

Zu diesem Resultat kommt aber Theilhaber und verkündet mit apodiktischer Gewissheit, „man werde in geraumer Zeit von der orthopädischen Behandlung der Retroflexio zurückkommen, ebenso wie von der intrauterinen Pessartherapie bei anteflectiertem Uterus.“ Seine Ansicht über die Bedeutung der Rückwärtsbeugung des Uterus fasst er dahin zusammen, „dass die Symptome, wegen deren die Frauen zu Gynäkologen kommen und wegen deren sie als Retroflexionskranke behandelt werden, garnicht die Folge der Retroflexio seien, sondern bedingt würden durch anderweitige Erkrankungen, die

mit der Lageanomalie in gar keinem Zusammenhang stehen: Erkrankungen innerer Organe, wie Atonie des Darmes, Neurasthenie etc., oder auch durch Endometritis und Metritis, die gewöhnlich absolut unabhängig von der Lageveränderung sind, nur ganz zufällig einen retroflectierten Uterus befallen haben, wie sie ja auch nicht selten an einem anteflectierten Uterus vorkommen."

So erklärt er der Reihe nach alle Symptome der Retroflexio aus complicierenden Erkrankungen, bis auf zwei, Urinbeschwerden und Metrorrhagieen, die er kurzerhand als Symptome des rückwärtsgebeugten Uterus in Abrede stellt. Ganz folgerichtig schliesst er nun, dass es durchaus überflüssig und falsch ist, die Lageanomalie durch Reposition zu corrigieren, dass es vielmehr geboten sei, die jedesmaligen Complicationen der Retroflexio zu behandeln, um die Kranke von allen Beschwerden zu befreien.

Gegen diese Ausführungen Theilhabers macht B. Schultze in seiner Erwiderung in der Hauptsache geltend, „dass viele die Retroflexio begleitenden Beschwerden nicht durch die Retroflexio unmittelbar bedingt sind, sondern durch mannigfache Complicationen, die aber Folgezustände der Lageveränderung sind." Und wenn Theilhaber die Erfahrung gemacht habe, dass viele Frauen trotz Reposition des Uterus dieselben Beschwerden behielten, so wären eben in diesen Fällen die Beschwerden sicherlich nicht von der Retroflexio verursacht, sondern von irgend einer complicierenden Erkrankung; wie denn überhaupt wohl von manchem Autor Symptome, die von ganz zufälligen Complicationen herrührten, der Retroflexio irrtümlich zugeschrieben wären. Auch der Behauptung Theilhabers gegenüber, dass der Ausfluss durch Reposition des Uterus nicht gebessert werde, macht Schultze den Einwand, dass eben nicht jeder Ausfluss Folge der Retroflexio sei. Bezüglich der Blutungen, die Theilhaber als Symptom des rückwärtsgebeugten Uterus nicht anerkennt, weil durch Beseitigung der Lageanomalie eine Besserung niemals erzielt werde, sind Schultzes Erfahrungen gerade entgegengesetzter Natur, denn er hat gerade bei Blutungen durch Reposition des Uterus ganz eclatante Erfolge gehabt. Etwas kühn scheint mir die Erklärung Schultzes für die Beobachtung Theilhabers, „dass die subjectiven Symptome

recht oft wenige Tage nach der Reposition geschwunden waren, und sich trotzdem der Uterus bei der Untersuchung über dem Pessar wieder reflectiert zeigte.“ Für diese Beobachtung, die Schultze selbst sehr häufig gemacht hat, glaubt er eine Erklärung darin gefunden zu haben, dass ein Uterus, der wegen der Retroflexio schlecht zurückgebildet oder metritisch verändert ist, reponiert und dann im Pessar fixiert sich verkleinert und nun nicht mehr in das Pessar passt; infolgedessen fällt er wieder zurück, macht nun aber keine Beschwerden mehr, die vielleicht erst nach Monaten wieder eintreten. Dass pathologische Veränderungen des Uterus, die in dem einen Falle, bei mangelhafter Rückbildung infolge der Lageanomalie, schon Jahre lang bestanden haben können, und in dem anderen Fall, bei metritischer Erkrankung erst dann nach Ansicht der Autoren den retroflectierten Uterus befallen, wenn er Monate oder gar Jahre lang in seiner Lage beharrt hat, dass derartig chronische Zustände in ein oder zwei Tagen nach Reposition des Uterus verschwinden, dafür wird Schultze schwerlich überzeugende Gründe ins Feld führen können. Wenn andererseits Theilhaber aus seiner Beobachtung den Schluss ziehen zu dürfen glaubt, dass in jenen Fällen die angeblichen Retroflexionssymptome nichts mit der Lageanomalie zu schaffen hätten, sondern sich aus Neurasthenie oder Hysterie erklärten, sodass die Wirkung des Pessars eine rein suggestive gewesen sei, so ist das eine Frage, die zu erörtern wir uns für später vorbehalten wollen.

Zu demselben Resultat bezüglich der Bedeutung der Retroversioflexio wie Theilhaber kommt Salin, dessen Beobachtungen in der Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. II, p. 300 ff., mitgeteilt sind. Salin hat im Laufe von 14 Jahren 882 Retroversioflexionen behandelt, darunter 180 Virgines, 187 Nulliparae und 515 Uni- und Multiparae. Dabei ist er zu der Überzeugung gelangt, dass die Rückwärtsbeugung des Uterus überhaupt keine Symptome mache, auch dann nicht, wenn sie lange Zeit besteht, da die Lehre von der Stauung und der hierdurch veranlassten secundären Erkrankungen nicht gerechtfertigt sei, sodass man für die Complicationen einer Retroversioflexio, wie Endometritis, Metritis u. a., dieselben ätiologischen Momente in An-

spruch zu nehmen habe, wie dann, wenn diese Erkrankungen an dem normal liegenden Uterus gefunden werden. Die bei unserer Lageanomalie so überaus häufigen Kreuz- und Rückenschmerzen sind nach Salin nicht durch den Uterus, sondern durch eine Myositis im Bereich der Rückenmuskulatur veranlasst.

Einen ganz eigenen Standpunkt nimmt Pozzi ein (Centralblatt für Gynäkologie 1896, p. 987 ff.), der die Bezeichnungen „Retroversion“ und „Retroflexion“ ersetzt haben möchte durch: abnorme Beweglichkeit des Uterus. „Die Rückwärtslagerung ist hier ganz einfach die natürliche Lagerung eines nicht mehr fixierten Uterus.“ „Aber diese falsche Lagerung erzeugt direct nur ganz geringfügige Compressionserscheinungen. Die hauptsächlichen Beschwerden reflectorischer Art sind unabhängig von der Lageabweichung und Folge der übermässigen Mobilität. Diese nervösen Erscheinungen bleiben bestehen, auch wenn die Gebärmutter momentan nach vorn gebracht, aber nicht dort fixiert wird. Diese Beschwerden sind zurückzuführen auf eine Störung des abdominalen Gleichgewichtes, auf eine wirkliche Enteroptosis der Beckenorgane.“

Aus dieser Anschauung heraus kommt Pozzi naturgemäss zu dem Schluss, dass die Retroflexio als solche zu behandeln ist.

Noch einen Schritt weiter geht Bouilly (Symptomes et traitement des rétrodéviations mobiles. Bordeaux 96), der für die Pessarbehandlung im Gegensatz zu der Operation eine Lanze bricht. Bouilly hält die Rückwärtsbeugung des Uterus für eine so wesentliche Erkrankung, dass er jeden retroflectierten Uterus — ausgenommen sind nur Frauen in der Menopause — unbekümmert darum, ob er den Frauen Beschwerden macht oder nicht, reponieren und durch ein Pessar in Anteversion erhalten will. Auf eine Erklärung seiner Beobachtung, dass man sehr häufig ganz zufällig eine ausgesprochene Retroflexio constatieren könne, ohne dass die Patientin auch nur im geringsten durch die Lageanomalie belästigt würde, und dass man andererseits bei völlig incomplicierter Retroflexio oft die allerschwersten Symptome zu verzeichnen habe, verzichtet er, indem er bekennt, dass die Symptomatologie dieser Lageveränderung einer der dunkelsten Punkte der Pathologie des Uterus sei.

Zuletzt hat Freudenberg (Zur Symptomatologie und Therapie der Retroflexio uteri. Deutsche med. Wochenschrift 1897) an der Hand seiner Beobachtung an 423 Kranken darzuthun versucht, dass in den meisten Fällen die Beschwerden der mit einer Retroflexio behafteten Kranken nicht auf die Lageveränderung zu beziehen seien, sondern auf anderweitige Erkrankungen, die mit der Rückwärtsbeugung in keinem directen Zusammenhang stehen. Nur in einer kleinen Anzahl von Fällen sieht Freudenberg sich gezwungen, die Beschwerden direct auf die völlig incomplicierte Lageanomalie zu beziehen.

Die Resultate Freudenbergs, sofern sie die Symptomatologie der Retroflexio betreffen, stimmen im allgemeinen mit den Ergebnissen einer Enquête überein, die Herr Prof. Winter in der gynäkologischen Poliklinik der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin in der Zeit von Mai bis Juli 1896 und von November 1896 bis Februar 1897 angestellt hat.

Bei diesen Untersuchungen war es mir vergönnt, Herrn Prof. Winter vorbereitend und helfend zur Hand zu sein.

Um der Frage nach den Symptomen der Retroflexio näher zu kommen, haben wir zwei Wege beschritten: der eine Gang der Untersuchung bestand darin, dass wir, ausgehend von der Erwägung, dass bei weitem die grösste Zahl aller Rückwärtsbeugungen ihre Entstehung dem Wochenbett verdankt, eine möglichst grosse Anzahl von Frauen, die erst ein Wochenbett hinter sich hatten, in einem bestimmten Zeitraum nach dem Partus zur Untersuchung heranzogen und uns über die Lage ihres Uterus orientierten. Eine Art der Untersuchung, wie sie von uns wohl zuerst ausgeübt ist, wenigstens habe ich sie nirgends in der Litteratur erwähnt gefunden. Die andere Art war die, wie sie häufiger vor uns ausgeführt ist, darin bestehend, dass wir alle Kranken, die spontan die Poliklinik aufsuchten und bei denen eine Retroflexio constatiert wurde, in einer Weise behandelten, die ich weiter unten näher zu besprechen mir vorbehalte.

Zunächst wollen wir die erste Art der Untersuchung und ihre Resultate einer näheren Betrachtung unterziehen.

An der Hand der Journale der geburtshülflichen Poliklinik haben wir zuerst im Sommer 1896 etwa 400

Frauen, die in der Zeit vom 4. VI. 95 bis zum 31. IV. 96 zum ersten Male entbunden waren, sich uns zu einer einmaligen Untersuchung zu stellen aufgefordert. Dieser Aufforderung folgten 206 Frauen, von denen ein Teil zwischen dem 1. und 17. Juni, der andere am 29. und 30. Juli untersucht wurde. Unter diesen 206 Frauen fanden sich 27 mit einem retroflectiertem Uterus.

Im Januar 1897 wiederholten wir das Experiment und luden Frauen ein, die in der Zeit vom 1. VII. bis 30. IX. 96 zum ersten Male entbunden waren. Es stellten sich uns für die Untersuchung zwischen dem 18. und 27. Januar 98 Frauen, darunter 9 mit einer Retroversioflexio.

Im ganzen haben wir also 304 einmal entbundene Frauen untersucht und darunter 36 mit unserer Lageveränderung gefunden. Wir haben dabei die Vorsicht beobachtet, möglichst alle Frauen, bei denen wir eine Retroversioflexio constatiert hatten, nach 8 Tagen einer controllierenden Untersuchung zu unterziehen, um uns davor zu schützen, dass wir nur vorübergehend retroflectiert liegende Uteri als dauernde Lageanomalien führten. 7 Frauen haben sich leider dieser Controlle entzogen. Wie wohl angebracht diese Vorsicht ist, beweist ein Fall, in dem wir bei unserer ersten Untersuchung einen unzweifelhaft retroflectierten Uterus fanden, den wir 8 Tage später, obwohl wir ihn in seiner anomalen Lage gelassen hatten, antevertiert fanden; jetzt legten wir den Fundus wieder nach hinten, und bei einer zweiten Controlle 1 Woche darauf lag der Uterus wieder in normaler Anteversion. Hätten wir uns mit einer einmaligen Untersuchung begnügt, so hätten wir diesen Fall als völlig symptomlose Retroflexio in unseren Listen geführt und uns somit selbst getäuscht. Wenn wir unter 304 Frauen 36 mit einer Retroversioflexio belastet fanden, so besagt das, dass rund 12 % der Frauen ihr erstes Wochenbett mit dieser Lageanomalie verlassen haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Ergebnis unserer Enquête in dieser Beziehung nicht ganz einwandsfrei ist, da vorzüglich unter den im Juni und Juli 1896 untersuchten Frauen, bei denen der erste Partus zum Teil um 12 Monate zurücklag, eine ganze Anzahl zu finden war, die sich im 4. und späteren Monat einer neuen Gravidität befanden, sodass sie für eine Controlle

bezüglich der Lage ihres Uterus nicht zu brauchen waren. Infolgedessen ist das Resultat, dass 12 % der poliklinisch entbundenen Frauen das erste Wochenbett mit einer Retroversioflexio verlassen, eher als zu niedrig wie zu hoch zu charakterisieren. Für unsere Frage nach den Symptomen unserer Lageanomalie kommt dieser Einwand naturgemäss nicht in Betracht, da für die Beurteilung des einzelnen Falles jenes statistische Moment absolut gleichgiltig ist.

Um nun zu der Frage zu kommen, was jene 36 Fälle für die Symptomatologie der Retroversioflexio ergeben haben, so ist zunächst noch einiges über den Gang der genaueren Untersuchung dieser Fälle zu sagen. Wenn bei einer Frau der Uterus in seiner anomalen Lage constatiert war, wurde mit der allergrössten Vorsicht die Anamnese aufgenommen. Ich bin der Überzeugung, dass gerade die Art und Weise, in der man das Krankenexamen abhält, für die richtige Beurteilung unserer Frage von der allergrössten Bedeutung ist. Denn wollte man die Anamnese in der Weise aufnehmen, dass man sich an der Hand eines Schemas bei den Frauen nach den Beschwerden erkundigte, die allgemein als zu den Symptomen der Retroversioflexio gehörig betrachtet werden, so würde man immer Gefahr laufen, den Frauen alle möglichen Schmerzen zu suggerieren, von denen sie vorher nie etwas gewusst haben, und auf diese Weise das Krankheitsbild vollständig entstellen. Leider ist man nur zu oft bei den poliklinischen Kranken auf diesen Notbehelf bezüglich der Anamnese angewiesen, da es bei der mangelhaften Intelligenz und der alles erstickenden Geschwätzigkeit einer grossen Anzahl dieser Frauen absolut unmöglich ist, eine auch nur einigermassen brauchbare Schilderung ihres Zustandes herauszubekommen.

Von den Frauen dieser Art unterschieden sich nun gerade unsere 36 Primiparae infolge ihres jugendlichen Alters — fast durchweg in der ersten Hälfte der zwanziger Jahre — äusserst vorteilhaft, sodass die Resultate der Anamnese in diesen Fällen von wirklicher Bedeutung sind; auch aus diesem Grunde gehören die 36 Frauen zu unserem wertvollsten Material.

Nachdem wir uns auf diese Weise ein möglichst klares Bild von den Beschwerden der Kranken ver-

schafft hatten, wurde nun die Patientin einer genauen gynäkologischen Untersuchung unterzogen. Und dabei hat sich nun folgendes ergeben:

Unter den 36 Fällen waren 14 reine Retroflexionen ohne jegliche Complication von seiten der Beckenorgane. Von diesen 14 Frauen waren 10 ohne alle Beschwerden, fühlten sich seit der Entbindung ebenso wohl wie vorher. Und diese 10 Fälle sind nicht etwa, wie man leicht vermuten könnte, ausgesucht frische Retroflexionen, vielmehr gehören vier davon gerade zu den Frauen, deren Entbindung am weitesten zurücklag, sodass in zwei Fällen neun Monate, in den beiden anderen ein volles Jahr zwischen dem Puerperium und der Untersuchung verflossen war. Trotz dieses langen Bestehens der Lageanomalie war nichts von den Folgen einer Stauung zu finden, der Uterus von normaler Grösse, das Perimetrium absolut unempfindlich, ein völlig gesundes Endometrium; auch die Menstruation hatte in diesen älteren Fällen wie in den übrigen sechs, die durchschnittlich 4 Monate das Wochenbett hinter sich hatten, denselben regelmässigen Verlauf wie vor dem Eintreten der Gravidität.

Dagegen waren vier Frauen, bei denen wir ebenfalls eine völlig incomplicierte Retroflexio constatieren mussten, von allerlei Beschwerden geplagt, die zu dem Symptomencomplex dieser Lageveränderung gehören. Aber auch hier ist es keineswegs über jeden Zweifel erhaben, dass die Beschwerden gerade auf die Retroflexio zu beziehen seien.

Im ersten Fall klagte die Patientin, die 4 Monate vor der Untersuchung entbunden war, über Schmerzen im Kreuz, Drängen nach unten, Stirnkopfschmerz, Schlaflosigkeit und allgemeine Nervosität; ferner gab sie an, Augen- und Ohrenschmerzen zu haben, und machte im allgemeinen einen sehr wenig widerstandsfähigen Eindruck. Wir legten der Patientin am 18. VI. 96 ein Thomaspessar ein, in dem der Uterus bei der Controlle am 22. VI. in normaler Anteversion lag; seit der Application des Pessars hatten sich die Kreuz- und Kopfschmerzen völlig verloren, die übrigen Beschwerden waren dieselben geblieben. Bei der Unbestimmtheit der Symptome und in Erwägung dessen, dass die Patientin ganz den Eindruck einer Neurasthenica machte, ist es

nicht ausgeschlossen, dass die Besserung infolge des Pessars auf Suggestion beruhte. Allerdings könnte man gegen diese immerhin bequeme Auffassung einwenden, warum denn nach Reposition des Uterus gerade die Kreuz- und Kopfschmerzen, die als die häufigsten Symptome der Lageanomalie gemeinhin anerkannt werden, gebessert wurden, während die anderen unverändert blieben. Ganz einwandsfrei ist dieser Fall jedenfalls nicht.

Die zweite Patientin hatte ihr erstes Wochenbett vier Monate hinter sich und gab am Tage der ersten Untersuchung an, bis vor 3 Wochen beim Stillen Kreuzschmerzen gehabt zu haben, in den letzten 3 Wochen sei sie ohne alle Beschwerden gewesen. Wir liessen den Uterus in Retroflexion liegen und fanden ihn bei der Controlle 8 Tage darauf in derselben Lage. Jetzt gab die Patientin an, in den letzten 4 Tagen wieder Kreuzschmerzen empfunden zu haben. Auch in diesem Fall ist man nicht berechtigt, die Beschwerden ohne weiteres auf die Retroflexio zu beziehen, da es durchaus nicht ausgeschlossen ist, dass die unbedeutenden Schmerzen durch das Stillen verursacht wurden.

Die beiden noch übrigen Fälle zeigen sowohl bezüglich der Symptome wie der anatomischen Verhältnisse grosse Ähnlichkeit: in dem einen Fall handelt es sich um eine Frau, die seit 5 Monaten Mutter war und die angab, hin und wieder gelinde Kreuzschmerzen zu haben; der Uterus lag in mobiler Retroflexio, war klein, Sonde 6 cm, Wände sehr dünn. In dem anderen Falle war es eine Frau, die ein Jahr vorher entbunden war und die seit dem Wochenbett in ihrem Befinden insofern keine Veränderung beobachtet zu haben angab, als sie die Kreuzschmerzen, unter denen sie leide, auch vor dem Eintritt ihrer Schwangerschaft schon gehabt habe. Auch hier lag ein kleiner, dünnwandiger Uterus in mobiler Retroflexio. In diesen beiden Fällen könnte man geneigt sein, die Beschwerden auf die Lageveränderung zu beziehen; dann müsste man allerdings für den letzten Fall annehmen, dass schon vor der Gravidität eine virginelle Retroflexio bestanden hätte. Aber davon abgesehen bleibt es doch immerhin auffallend, dass gerade diese abnorm kleinen Uteri nur locale Symptome, die doch immer noch am rationellsten als Druckerschei-

nungen aufzufassen sind, verursachen, während reflectorische Symptome irgendwelcher Art durchaus fehlen.

Es ist daher in den vier Fällen, in denen wir die uncomplicierte Lageanomalie mit Retroflexionssymptomen verknüpft fanden, die Auffassung, dass diese Symptome von der Lageveränderung als solcher verursacht seien, keinesfalls ganz einwandsfrei.

Wir kommen nun zur Besprechung der 22 Fälle, in denen neben der Lageanomalie eine anderweitige Erkrankung der Beckenorgane zu constatieren war.

Drei von diesen Fällen sind mit Bestimmtheit zu den symptomlosen Retroflexionen zu rechnen, weil die Frauen trotz der Complicationen keinerlei Beschwerden hatten. Im ersten Fall gab die Frau, die am 19. Sept. 1895 entbunden war, an, dass sie in der Zeit von Anfang Nov. bis Weihnachten desselben Jahres an Kreuzschmerzen gelitten habe, und dabei habe sie im Unterleib die Empfindung gehabt, „als ob sich etwas spannte". Das habe sich aber gegen Ende des Jahres verloren, und seitdem sei sie völlig gesund; auch die Regel sei ebenso regelmässig und von derselben Dauer, wie vor der Schwangerschaft. Untersucht wurde sie am 1. VI. 1896, also gut 8 Monate nach ihrer Entbindung. Wir fanden einen Uterus von normaler Grösse in spitzwinkliger Retroflexion, der sich manuell leicht aufrichten liess, das rechte Parametrium war verkürzt und wenig empfindlich. Es liegt auf der flachen Hand, dass die Beschwerden der Patientin kurz nach der Entbindung auf eine Parametritis zu beziehen sind, die sie unabhängig von der Lageveränderung acquiriert hatte. Nachdem der entzündliche Process abgelaufen, schwanden alle Symptome, obwohl der Uterus dauernd in spitzwinkliger Retroflexion verharrt.

Diesem ganz analog ist der zweite Fall: die Frau ist am 15. IX. 1895 entbunden und wurde am 29. VI. 1896 untersucht, also $9^1/_2$ Monat nach dem Partus. Sie gab an, vor einigen Monaten an Kreuzschmerzen gelitten zu haben, die sich dann vollständig wieder verloren. Die Untersuchung ergab einen abnorm kleinen Uterus, Sonde 6 cm, in mobiler Retroflexio, Douglasfalten etwas straff und schmerzhaft. Dass dieser Fall in derselben Weise zu interpretieren sei wie der erste, unterliegt wohl kaum einem Zweifel.

Die dritte Patientin dieser Kategorie hat sich nach

der Entbindung (11. VII. 1895) stets ebenso wohl gefühlt wie vorher, obwohl die Untersuchung (30. VI. 1896) ergiebt, dass ihre mobile Retroflexio dadurch compliciert ist, dass sich die linke Douglasfalte auf Druck empfindlich zeigt.

Wenn es sich in diesen Fällen von selbst ergiebt, dass die Lageanomalie ohne Symptome einhergeht, da die Frauen keine Beschwerden haben, so ist es in vier weiteren Fällen die Art der Beschwerden, verglichen mit dem anatomischen Befund, die die Lageveränderung für das Krankheitsbild durchaus gleichgiltig erscheinen lässt. Denn wenn die erste Patientin neben der Retroflexio einen unvollkommen geheilten Dammriss und einen Descensus beider Scheidenwände zeigt, so ist es ohne allen Zweifel auf diese Veränderung der Scheide zu beziehen, dass die Kranke als einzige Beschwerde bei längerem Stehen ein lästiges Drängen nach unten fühlt.

Dasselbe Symptom, erklärt durch denselben anatomischen Befund, zeigte die zweite Patientin; ausser dem Descensus der Vagina und des Uterus war hier jedoch zu constatieren, dass das rechte Parametrium straff und empfindlich war, so dass die Klage der Patientin, dass sie ausser dem Drängen nach unten bisweilen Schmerzen in der rechten Seite habe, wohl eher auf diese entzündliche Veränderung zu beziehen ist, zumal die Schmerzempfindung so prompt entsprechend dem Sitz des entzündlichen Processes localisiert wurde.

Ebenso entsprach in dem dritten Fall ein linksseitiger Schmerz als einzige Beschwerde der Patientin einer Parametritis sinistra, die sich als Complication einer Retroflexio uteri gravidi m. III. darstellte.

Die vierte Patientin dieser Gruppe klagte allein über Schmerzen im Steissbein, die sie schon vor ihrer Schwangerschaft gehabt zu haben angab; der Uterus lag retrovertiert, ein Druck auf das Steissbein war sehr schmerzhaft. Also auch in diesem Fall war die Lageveränderung für die Symptome ohne jede Bedeutung, die allein auf die Coxygodynie zu beziehen sind.

Es bleiben uns nun noch 15 Frauen mit einer complicierten Retroflexio und den verschiedensten Beschwerden, die zum Symptomencomplex unserer Lageanomalie gerechnet werden.

In 12 Fällen von diesen 15 bestand die Complica-

tion der Lageveränderung in einer Parametritis, von der man wohl ohne weiteres annehmen kann, dass sie ihre Entstehung ebenso wie die Retroflexio dem Wochenbett verdankte. Diese Frauen klagten sämtlich in der Hauptsache über Kreuzschmerzen, vier ausserdem über Kopfschmerzen, zwei über Drängen nach unten, zwei über allgemeine Mattigkeit, eine über Brennen im Leibe. Alles Symptome, die man unzweifelhaft mit demselben Recht auf die Parametritis wie auf die Lageveränderung beziehen kann!

Erscheinungen, die man mit der hergebrachten Anschauung von einer Stauung im retroflectierten Uterus und ihren Folgen in Zusammenhang bringen könnte, wurden unter den 12 Fällen nur dreimal beobachtet. Diese Frauen, die ihre Entbindung ca. 5 Monate hinter sich hatten, gaben an, dass ihre Regel stärker, bezw. von längerer Dauer sei, als vor ihrer Schwangerschaft. In zwei Fällen lag der Uterus retrovertiert mit ganz flachem Knickungswinkel, sodass schon aus diesem Grunde eine Strangulation der Gefässe im Uterus selbst oder in den Ligamenten mindestens unwahrscheinlich ist. Aber auch der Umstand, dass in beiden Fällen der Uterus abnorm klein war, lässt den Gedanken an eine Stauung nicht aufkommen, da ja eine mangelhafte Involution, die die Folge der Stauung gewesen wäre, die Uteri über die Norm gross hätte erscheinen lassen. In diesen Fällen ist also der Grund für die Menstruation unbedingt in einer von der Lageveränderung unabhängigen Erkrankung des Endometriums zu suchen. Eine Bestätigung findet diese Erklärung in dem einen Fall darin, dass die Patientin das Symptom des Mittelschmerzes zeigte, sofern sie angab, 14 Tage vor der Regel von Schmerzen geplagt zu werden. Übrigens ist diese Patientin vier Wochen lang in der Weise von mir behandelt, dass ich die schmerzhaften Douglasfalten nach jedesmaliger Aufrichtung des Uterus massierte, ihr ausserdem Tampons mit 5proc. Ichthyolglycerin applicierte und ihr heisse Vaginaldouchen verordnete; diese Behandlung hatte den Erfolg, dass die Patientin von den Kreuzschmerzen und dem Drängen nach unten, Beschwerden, über die sie ausserdem vorher zu klagen hatte, völlig befreit wurde, während der „Mittelschmerz“ und die Menstruationsstörung bestehen blieben. Ein Beweis dafür, dass die

Kreuzschmerzen und das Drängen nach unten jedenfalls nicht durch die Lageanomalie bedingt wurden.

In dem dritten Fall von Menstruationsstörung war die Regel nach Angabe der Patientin wohl stärker, jedoch nicht länger als vor der Gravidität. Hier lag der unvergrösserte Uterus in ausgesprochener Retroflexion, die durch die Empfindlichkeit der rechten Douglasfalte compliciert war. Die Frau klagte, abgesehen von der stärkeren Blutung, über Kreuzschmerzen, die sich dann einstellten, wenn sie längere Zeit gesessen hatte. In diesem Fall legten wir ein Thomaspessar ein, in dem der Uterus in Anteversion verharrte. Nach 8 Tagen waren die Kreuzschmerzen völlig verschwunden, eine Besserung, die wohl so zu erklären ist, dass der dauernde Druck des Fundus auf die empfindliche Douglasfalte Schmerzen auslöste, während der Druck des Pessars von unten gegen die Falte zunächst wenigstens besser vertragen wurde. Denn als ich die Patientin nach drei Monaten wiedersah, gab sie an, dass die Regel unverändert geblieben sei, die Kreuzschmerzen jedoch, wenn auch in geringerer Intensität, sich wieder eingestellt hätten. Der Uterus lag in dem Pessar völlig normal. Ich entfernte den Ring und konnte mich nach 3 Wochen überzeugen, dass der Uterus auch ohne Stütze dauernd in Anteversion verharrte: die Kreuzschmerzen waren trotzdem dieselben. Also auch hier ist es evident, dass die Kreuzschmerzen nicht durch die Lageveränderung, sondern durch die Parametritis bedingt waren, wenn der rückwärts gebeugte Fundus auch insofern die Schmerzen steigerte, als er auf das entzündlich veränderte Gewebe einen Druck ausübte. Die verstärkte Blutung blieb bei dem antevertierten Uterus dieselbe, also auch hier kein Einfluss der Lageanomalie.

Es erübrigt noch die Besprechung von drei Fällen einer complicierten Retroflexio. In zwei Fällen war der Uterus intraperitoneal fixiert, dazu gesellte sich bei der einen Frau ein rechtsseitiger apfelgrosser Adnextumor entzündlicher Natur, der die Unterleibsschmerzen auf der gleichnamigen Seite hinreichend erklärt, bei der anderen eine Oophoritis und Perioophoritis, Folgen einer Pelveoperitonitis, die ihre Entstehung unzweifelhaft demselben 8 Monate zurückliegenden Wochenbett verdankt wie die Retroflexion des nicht vergrösserten Uterus.

Im dritten Fall handelte es sich um eine Frau, die schon vor ihrer Schwangerschaft wegen einer Retroflexio behandelt zu sein angab. Aus ihrem Wochenbett, das 8 Monate zurücklag, hatte sie eine wenig empfindliche Parametritis zurückbehalten. Die Patientin fühlte sich erst seit 8 Wochen matt und verspürte seit derselben Zeit ein Drängen nach unten. In den letzten 8 Tagen gesellten sich zu diesen älteren Beschwerden gelinde Kreuzschmerzen. Die Regel war normal. Der völlig mobile Uterus war etwas vergrössert. In diesem Fall glaubten wir die Beschwerden auf die Lageveränderung beziehen zu müssen und fixierten deshalb den Uterus durch ein Thomaspessar in Anteversion. Der Erfolg dieser Therapie bewies die Richtigkeit unserer Annahme, denn nach 8 Tagen waren Kreuzschmerzen und Drängen nach unten geschwunden, und das Allgemeinbefinden der Patientin insofern gebessert, als sie sich nicht mehr so matt fühlte wie zuvor. Unter 36 Fällen der einzige, in dem der Retroflexio als solcher mit Sicherheit eine Bedeutung bezüglich der Beschwerden zugeschrieben werden muss!

Die zweite Art unserer Untersuchung bestand, wie oben erwähnt, darin, dass wir alle Kranken, die wegen ihrer Beschwerden spontan die Poliklinik aufsuchten und bei denen eine Retroflexio constatiert wurde, in der Weise behandelten, dass nach einer möglichst sorgfältigen Aufnahme der Anamnese durch eine genaue Untersuchung zunächst festgestellt wurde, ob die Retroflexio die einzige Anomalie sei oder ob sie durch anderweitige Erkrankungen der Beckenorgane compliciert war. Dabei wurde in schwierigen Fällen die Untersuchung durch die Narkose erleichtert und dadurch in ihrem Resultat gesichert. Von dem Ergebnis dieser Exploration hing die fernere Behandlung ab, die wir bei den einzelnen Kategorieen von Kranken näher besprechen werden.

In den Monaten Mai, Juni, November und December 1896 und Januar und Februar 1897 kamen 90 Frauen mit einer Retroflexio in Behandlung.

Unter diesen 90 Fällen waren nur 6 Retroflexionen als incompliciert zu bezeichnen, sofern keine selbständige Erkrankung der Beckenorgane neben der Lageveränderung bestand. Unzweifelhafte Retroflexionssymptome fanden sich unter diesen 6 Fällen nur zweimal.

In dem einen Fall handelte es sich um eine nachweislich sehr alte Lageveränderung, die vor 9 Jahren schon einmal behandelt war. Jetzt klagte die Frau über Schmerzen im Kreuz und bei der Cohabitation, Druck auf den Mastdarm, Kopfschmerz, Obstipation und allgemeine Schwäche. Wir fanden den Uterus von normaler Grösse in spitzwinkliger, völlig mobiler Retroflexion, beide Ovarien descendiert und druckempfindlich. Der Uterus wurde durch ein Thomaspessar in Anteversion fixiert. Nach 8 Tagen giebt Patientin Besserung ihrer Beschwerden an, dabei liegt der Uterus über dem Pessar retroflectiert. Uterus wird richtig gelagert, nach 8 Tagen derselbe Befund und Besserung im Befinden der Patientin.

Wenn man aus diesem Umstand, dass die Symptome nachliessen, obwohl der Uterus trotz des Pessars in seine anomale Lage jedesmal zurückfiel, mit Theilhaber geschlossen hätte, dass die Wirkung des Pessars allein auf Suggestion beruhe und die Patientin eine Hysterica sei, so hätte man sowohl der Wissenschaft wie der Frau einen recht schlechten Dienst erwiesen. Man kommt mit der mechanischen Wirkung des Pessars vollständig aus; denn wenn der Fundus auch über den Bügel des Thomas wieder nach hinten fiel, so konnte er doch nicht so tief in den Douglas hinabsinken wie ohne den Ring, und somit waren die descendierten und secundär erkrankten Ovarien dem Druck von seiten des Uterus entrückt. Infolge dieser Erwägung entfernten wir das Pessar und behandelten die Ovarien mit Massage, Ichthyolglycerin und Vaginaldouchen. Hierdurch erreichten wir eine vollständige Heilung, die sich bei der Controlle nach 7 Monaten als eine dauernde herausstellte. Dabei ist nicht zu vergessen, dass die Frau mit aller Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit von ihren alten Beschwerden wieder befallen wird, da ja die letzte Ursache des Übels, die Lageanomalie, unverändert weiter besteht.

In dem zweiten Fall hatten wir einen eclatanten Erfolg der Pessartherapie zu verzeichnen, sofern bei einer incomplicierten Retroflexio, die sicher 3 Jahre bestand und seit 8 Monaten Symptome machte, nach Reposition und Einlegung eines Thomaspessars Kreuzschmerzen, Ziehen in beiden Seiten des Unterleibes, Drängen nach unten und Druck auf das Rectum prompt und dauernd beseitigt wurden, während Kopf- und Magen-

schmerz bestehen blieb, sodass man wohl berechtigt ist, die letzteren Beschwerden auf eine selbständige Erkrankung des Digestionsapparates zu beziehen.

In den übrigen vier Fällen von incomplicierter Retroflexio waren zwei Frauen ohne Symptome: die eine war eine Frau von 54 Jahren mit einem senilen Uterus, die wegen Carunkeln der Harnröhre die Poliklinik aufsuchte. Die andere war vor 8 Wochen entbunden und kam, weil sich in den letzten 8 Tagen eine Blutung eingestellt hatte; die Blutung war die erste Menstruation, Patientin blieb $^3/_4$ Jahre ohne alle Symptome, obwohl der Uterus in spitzwinkliger Retroflexion lag.

Die beiden anderen Frauen hatten ganz gleiche Beschwerden, Kreuzschmerzen, Brennen im Leibe, Drängen nach unten, Kopfschmerz. Bei beiden blieben die Beschwerden unverändert, mochte der Uterus in Retroflexion liegen oder durch ein Pessar in Anteversion gehalten sein; nur irreguläre Blutungen wurden bei der einen Patientin durch die Pessartherapie bestätigt, sodass diese hier als Symptom der Lageanomalie ganz unzweifelhaft zu verzeichnen waren. Beide Frauen haben später, da sie bei uns keine Heilung von ihren Übeln fanden, einen Operateur gefunden, der die Vaginofixation bei ihnen ausführte; beide haben trotz dauernder Anteversion des Uterus ihre alten Beschwerden in vollem Umfange behalten. Und wenn in dem einen Fall die Beschwerden wohl auf nervös-hysterischer Grundlage beruhen, so ist in dem anderen Fall, in dem auch eine Behandlung des Endometriums zu keinem Resultat führte, der Grund des Übels absolut unklar. Jedenfalls war bei diesen beiden Frauen die Lageanomalie an den sogenannten Retroflexionssymptomen durchaus unschuldig.

Unter den 5 Retroflexionen mit puerperalen Blutungen, die sich unter unseren Kranken befanden, waren 4 Fälle, abgesehen von der Blutung, als völlig symptomlos zu bezeichnen. In zwei Fällen wurde die Blutung durch ein Thomaspessar beseitigt, im dritten Fall gelangten wir ohne Reposition durch die Darreichung von Ergotin zu demselben Resultat, und im vierten fanden wir im Uterus Abortreste, die durch Curettement beseitigt wurden, sodass in diesem Fall auch die Blutung nicht einmal mit Sicherheit auf die Retroflexio zu beziehen ist. In den beiden Fällen, in denen wir den Uterus reponiert

und in ein Pessar gelegt hatten, wurde nach Beseitigung der Blutung der Ring wieder entfernt und der Uterus wieder in Retroflexion gelegt. Sämtliche vier Frauen gaben nach 6 Monaten bei der Controlle an, dass die Blutung sich nicht wieder eingestellt habe und dass sie sich dauernd völlig gesund gefühlt hätten.

Der fünften Patientin, die mit dem alleinigen Symptom der Blutung kam, legten wir ein Thomaspessar ein. Nach 2 Tagen fanden wir den Uterus im Pessar retroflectiert, und dabei klagte die Patientin, seit dem Einlegen des Ringes heftige Unterleibsschmerzen zu haben. Die Frau entzog sich unserer Behandlung, sodass dieser Fall unklar geblieben ist.

Incomplicierte Retroflexionen eines graviden Uterus hatten wir sechs unter unseren Fällen, darunter vier ohne Symptome. Dreimal kamen Frauen allein einer Ischurie wegen zu uns, die durch den incarcerierten graviden Uterus verursacht war. In sämtlichen drei Fällen füllte der retroflectierte Uterus das Becken völlig aus, einmal drang der Fundus sogar bis in die Vulva, und nicht in einem einzigen Fall waren auch nur die geringsten Druckerscheinungen zu verzeichnen.

Im vierten Fall handelt es sich um eine Kranke, die die Poliklinik ausschliesslich wegen einer Perinealfistel aufsuchte. Die Untersuchung ergab eine Retroflexio uteri gravidi, die ohne die geringsten Symptome einherging.

In den beiden übrigen Fällen dieser Art war die Lageveränderung der Gebärmutter entschieden nicht ohne Bedeutung für die Frauen. Allerdings könnte man in dem einen Fall noch zweifelhaft sein, wieviel von den Beschwerden, die in Kreuzschmerz, Drängen nach unten und Kopfschmerz bestanden, auf die Lageanomalie zu beziehen, und wieviel als Schwangerschaftsbeschwerden zu bezeichnen seien, da durch die Reposition und Einlegen eines Thomaspessares diese Symptome wohl gebessert, aber nicht beseitigt wurden. Immerhin zeigt aber die Besserung nach der Reposition des Uterus, dass die Rückwärtsbeugung nicht ohne Einfluss auf das Befinden der Patientin war.

Dagegen ist der letzte Fall über jeden Zweifel erhaben: die Patientin war von starken Kreuz- und Kopfschmerzen heimgesucht. Der Uterus war schwach faust-

gross und liess sich leicht manuell aufrichten, wir fixierten ihn durch ein Thomaspessar in Anteversion. Nach 10 Tagen fanden wir den Uterus in normaler Lage im Pessar, die Patientin gab an, seit dem Tage der Reposition ohne alle Beschwerden zu sein. Das war im Mai 1896. Bei der Controlle im Februar 1897 war die Patientin, die Ende November 1896 entbunden war, wieder von Kreuzschmerzen geplagt. Der Uterus lag in mobiler Retroflexion und war gross und dick. Ebenso prompt, wie die Beschwerden in diesem Fall durch Reposition des Uterus schwanden, traten sie mit dem Wiedereintritt der Lageanomalie wieder in die Erscheinung.

Wir kommen nun zur Besprechung der complicierten Lageveränderungen. Dabei sind wir im allgemeinen so verfahren, dass wir den Uterus in Retroflexion liessen und nur die Complicationen behandelten. Nur in den Fällen, in denen wir glaubten, die Beschwerden bei allzu geringen Complicationen auf diese nicht beziehen zu dürfen, griffen wir zur Pessartherapie. Eine ganze Anzahl von Frauen ist andererseits auch garnicht von uns behandelt, nämlich diejenigen, welche neben der Retroflexio eine so schwere Erkrankung ihrer Beckenorgane aufwiesen, dass die Lageanomalie für das Zustandekommen der Symptome gar nicht in Frage kommen konnte. Diese Kranken wurden dem grossen Ambulatorium zur Behandlung überwiesen.

Mit Parametritis war die Retroflexio in 18 Fällen compliciert. Die Beschwerden waren in sämmtlichen Fällen Kreuzschmerzen, brennende oder stechende Schmerzen im Unterleib in 9 Fällen, Drängen nach unten in 5 Fällen, ebenso oft Schmerzen beim Stuhlgang, Menstruationsbeschwerden sechsmal, Kopfschmerz in 8 Fällen und einmal Urinbeschwerden, die — das möge hier gleich vorweg bemerkt sein — prompt und dauernd nach Behandlung mit Fol. uv. urs. heilten.

Von diesen Kranken haben wir 11 in der Weise behandelt, dass wir nach jedesmaliger Reposition des Uterus die parametritischen Stränge massierten, Tampons mit 5procentigem Ichthyolglycerin einlegten und Vaginaldouchen verordneten; nach der Massage wurde der Uterus stets wieder in Retroflexion gelegt. Durch diese Therapie haben wir 8 Patientinnen völlig und dauernd von sämtlichen Beschwerden befreit; 7 konnten

wir nach $^1/_2$ Jahre controllieren, eine entzog sich der Controlle. In 2 Fällen führte die Therapie nicht zum Ziel, davon kam eine Frau unregelmässig zur Behandlung, da sie ausserhalb Berlins wohnte, die andere behielt ihre Beschwerden, obwohl die Parametritis objectiv völlig geheilt war; die Patientin war stark anämisch und hatte dabei einen abnorm kleinen Uterus, der ganz schwach retrovertiert lag, so dass man wohl berechtigt ist die Beschwerden der Kranken, „Lahmheit“ im Kreuz und „Schwere“ in den Beinen, eher auf die Anämie wie auf die Lageveränderung zu beziehen. Bei einer dieser Patientinnen endlich konnten wir die Behandlung sehr bald aufgeben, da der Uterus sich von selbst in Anteversion legte, ohne dass das Krankheitsbild auch nur im geringsten dadurch verändert wurde; dadurch war zur Evidenz bewiesen, dass die Beschwerden ausschliesslich auf die Parametritis zu beziehen waren.

Bei vier Frauen dieser Kategorie griffen wir zum Pessar, weil wir bei der Geringfügigkeit der parametritischen Veränderungen es mit Retroflexionssymptomen zu thun zu haben glaubten, zumal in zwei Fällen Menorrhagien vorhanden waren. Zweimal trat eine völlige Beseitigung der Beschwerden ein, obwohl der Uterus retroflectiert im Pessar lag; eine von diesen Frauen war auch nach Ablauf eines halben Jahres noch ohne Beschwerden, die andere war inzwischen gestorben. Hier ist die Besserung dadurch zu erklären, dass die etwas empfindlichen Douglasfalten durch das Pessar von dem Druck des Fundus befreit wurden, sodass auch hier die Beschwerden auf die Parametritis zu beziehen sind.

In den beiden anderen Fällen hatten wir es unzweifelhaft mit Retroflexionsbeschwerden zu thun: die eine Patientin wurde prompt und dauernd von ihren Leiden, wozu auch Blutungen gehörten, durch ein Pessar geheilt, die andere fand bei uns leider nicht dieselbe Hülfe, da kein Pessar den Uterus in Anteversion zu halten imstande war, so dass sie auch bei der Controlle nach $^1/_2$ Jahr, nachdem sie inzwischen abortiert hatte, von denselben Beschwerden geplagt wurde.

Die noch übrigen drei Fälle wurden nicht behandelt; zwei davon gaben als einzige Symptome Kreuz- und linksseitige Unterleibsschmerzen an, die hinreichend durch eine Parametritis sinistra erklärt wurden. Bei der

dritten war die Empfindlichkeit der Douglasfalten eine so minimale, dass hier die Symptome, die in Kreuzschmerz, Drängen nach unten, Druck auf den Mastdarm, Kopfschmerz und Atembeschwerden bestanden, bestimmt auf die Lageveränderung bezogen werden mussten. Der Pessartherapie entzog sich die Patientin.

Mit einem Katarrh war die Lageveränderung in 15 Fällen compliciert, darunter 9 mit einer Endometritis. In diesen 9 Fällen fehlten dreimal, abgesehen von Menorrhagieen, sämtliche Symptome der Retroflexio, so dass man wohl berechtigt ist, in diesen Fällen die Endometritis für eine zufällige Complication der Lageveränderung zu halten. Bei einer Kranken war der Mittelschmerz das einzige Symptom; beim Sondieren des Uterus gab die Patientin an, denselben Schmerz zu empfinden. Auch in diesem Fall wird die Endometritis eine selbständige Erkrankung gewesen sein, so dass die Lageveränderung als symptomlos zu bezeichnen ist.

Dagegen war in zwei anderen Fällen die Dysmenorrhoe mit einer ganzen Reihe von Retroflexionssymptomen verknüpft; in beiden Fällen konnten wir ausser der Endometritis eine ausgesprochene Metritis constatieren. Ob diese letzteren Erkrankungen die Folge der Lageveränderungen waren, die beidemal eine Retroversion war, ist schwer zu entscheiden; jedenfalls machte die Lageanomalie beiden Kranken äusserst lästige Beschwerden.

Bei zwei anderen Frauen ist jedoch die Annahme, dass die Erkrankung des Endometriums in ursächlichem Zusammenhang mit der Retroflexio stehe, entschieden berechtigt: in beiden Fällen, in denen übrigens auch andere Symptome der Retroflexio vorhanden waren, hatte ein Curettement, das bei der einen Kranken dreimal gemacht wurde, stets nur vorübergehenden Erfolg; nach einiger Zeit stellten sich die Blutungen wieder ein.

In dem noch übrigen Fall von Endometritis hatte diese mit der Lageveränderung nichts zu thun, da sie gonorrhoischer Natur war; die Patientin kam wegen des Ausflusses und Brennens beim Wasserlassen. Ausserdem gab sie auf Befragen an, Drängen nach unten zu haben, vielleicht ist dieses Symptom auf die Lageveränderung zu beziehen.

In den übrigen 6 Fällen, in denen die Retroflexio

mit einem Katarrh compliciert war, gaben 5 Frauen als einziges Symptom Ausfluss und zum Teil Brennen beim Wasserlassen an. Davon hatten vier eine frische Gonorrhoe; bei der fünften konnten wir trotz zweimaliger Untersuchung eine Vermehrung des Secretes nicht wahrnehmen, so dass hier wohl nur übertriebene Ängstlichkeit vorlag. Bei der sechsten Patientin, die ausser über den Ausfluss über Schmerzen beim Stuhlgang und Druck auf den Mastdarm klagte, konnten wir eine gonorrhoische Infection des Rectums durch den Nachweis von Gonococcen constatieren.

In diesen 6 Fällen war daher die Lageveränderung für die Beschwerden der Kranken ohne jegliche Bedeutung.

Unter den 6 mit Prolaps der Scheide complicierten Fällen waren 5 Frauen, die allein über Drängen nach unten klagten, so dass die anomale Lage des Uterus von vornherein als symptomlos charakterisiert war. Die 6. Patientin klagte ausserdem über Kreuzschmerzen, Brennen im Leibe und Kopfschmerzen; sämtliche Symptome wurden durch Einlegen eines Mayerschen Ringes, der den Uterus in Retroflexion beliess, dauernd beseitigt, so dass die Patientin auch bei der Controlle nach einem halben Jahr ohne alle Beschwerden war.

Mit Adnexerkrankungen und Erkrankungen des Peritoneum waren 31 unserer Retroflexionen compliciert. Von diesen 31 Fällen scheiden für die Beurtheilung der Symptome 7 Fälle aus, in denen ein grösserer Adnextumor entzündlicher Natur vorlag.

Bei fünf Kranken wurde das Krankheitsbild durchaus von einer doppelseitigen Salpingitis beherrscht, da sie in der Hauptsache über ziehende, wehenartige Schmerzen in den Seiten klagten.

Drei andere Frauen litten an einer acuten Perimetritis, zwei davon puerperalen, eine unbekannten Ursprungs. Eine dieser Frauen teilte uns nach einem halben Jahre mit, dass sie nur noch bei grosser körperlicher Anstrengung an Kreuzschmerzen leide.

Zwei Patientinnen wurden durch innere Mittel von ihren Beschwerden befreit: die eine litt an Rheumatismus, die andere an acutem Magenkatarrh.

Es bleiben uns also noch 14 Kranke mit einer Retroflexio, die mit einer Erkrankung des Peritoneum compliciert ist. Es fragt sich, sind die Beschwerden dieser

Frauen auf die Lageveränderung an sich oder auf die Erkrankung des Peritoneum zu beziehen? Und ferner, ist die Perimetritis eine Folge der Lageanomalie oder eine zufällige Complication derselben?

Behandelt haben wir von diesen 14 Frauen mit Vaginaldouchen und Glycerintampons 8 Frauen. Davon sind 5 dauernd geheilt, da sie auch 6 Monate nach der Behandlung noch ohne alle Beschwerden waren. Eine Patientin behielt bei intraperitoneal fixiertem Uterus trotz der Behandlung als einziges Symptom Drängen nach unten; bei der Controlle lag der gravide Uterus in Anteversion und trotzdem bestand das Drängen nach unten fort; folglich hatte das Symptom, das zu beseitigen uns nicht gelungen war, zur Lageanomalie keine Beziehung.

Eine andere Kranke, die wir völlig gesund aus der Behandlung entlassen hatten, zeigte bei der Controlle ein Recidiv der Perimetritis, deren Entstehungsursache uns unbekannt geblieben ist.

Die letzte der von uns behandelten Frauen dieser Kategorie hatte bei einem breit intraperitoneal fixiertem Uterus die allergrössten Beschwerden, die unseren therapeutischen Massregeln energischen Widerstand leisteten. In diesem Fall glaubten wir die Symptome auf die Retroflexio beziehen zu müssen und rieten der Frau zur Ventrofixation.

Die übrigen 6 Fälle entzogen sich unserer Behandlung; bei der Aufnahme des Status glaubten wir jedoch bei allen 6 Kranken berechtigt zu sein, die Beschwerden eher auf die Perimetritis als auf die Lageveränderung zu beziehen.

Was nun die Frage nach der secundären Erkrankung des Perimetrium eines retroflectierten Uterus anlangt, so ist es die Ansicht der Autoren, dass es die Stauung in den Ligamenten und dem Uterus selbst sei, die zur Metritis und schliesslich zur Perimetritis führe, oder dass das lange unveränderte Aufeinanderliegen der Peritonealüberzüge des Uterus und des Rectums schliesslich zur Verklebung der beiden Blätter führe. Mag man sich zu einer Ansicht bekennen, zu welcher man will, jedenfalls muss man zugeben, dass für beide Fälle eine möglichst ausgeprägte, spitzwinklige Retroflexio am ehesten geeignet ist, zu einer Verklebung der Peritonealblätter zu führen, da bei dieser die Stauung sowohl wie die

Unbeweglichkeit am grössten wäre. Infolge dessen könnte man erwarten, dass unter den Retroflexionen, die durch eine Erkrankung des Peritoneum compliciert sind, viele mit ausgeprägter Rückwärtsbeugung und möglichstem Tiefstand des Fundus zu finden wären.

Dem entspricht nun unsere Beobachtung durchaus nicht. Von unseren 19 Fällen mit einer Perimetritis scheiden für die Beurteilung dieser Frage die drei Fälle mit einer frischen Pelveoperitonitis naturgemäss aus, sodass uns 16 Fälle bleiben. Von diesen 16 Frauen hatten nur 7 eine ausgeprägte Retroflexio, bei drei Frauen war der Uterus nur ganz flach über die hintere Fläche geknickt, und in den übrigen 6 Fällen lag der Uterus in Retroversion. Als Anzeichen einer Stauung fanden wir nur einmal einen deutlich verdickten Uterus bei einer ausgeprägten Retroflexio, in 14 Fällen war der Uterus von normaler Grösse, einmal abnorm klein. Einen Katarrh fanden wir nur dreimal, zwei davon waren nachweislich gonorrhoischer Natur.

Die Beobachtung an diesen allerdings nicht gerade zahlreichen Fällen scheint mir keineswegs für die Annahme zu sprechen, dass die Erkrankung des Peritoneums eine Folgeerscheinung der Lageveränderung sei; ich glaube vielmehr, dass man der Wahrheit näher kommt, wenn man annimmt, dass die Affection des Bauchfells eine zufällige Complication infectiöser Natur ist, die häufig ihre Entstehung demselben Wochenbett verdankt wie die Lageveränderung der Gebärmutter.

Es bleiben uns von unseren 90 Fällen jetzt noch drei zur Besprechung übrig. Darunter war in einem Fall die Lageanomalie durch doppelseitige Ovarialtumoren compliciert, sodass der kleine, retroflectierte Uterus für die Beschwerden der Kranken nicht in Betracht kam. Ebenso war in dem zweiten Fall, in dem wir ein grosses, zum Teil intraligamentär gelegenes Myom fanden, die Retroversion des Uterus für die Erklärung der Kreuzschmerzen und Menorrhagien ohne Belang.

Im dritten Fall konnten wir neben der Retroversion eines abnorm kleinen Uterus eine rechtsseitige Wanderniere constatieren, und die Patientin durch Anlegen einer entsprechenden Bandage von sämtlichen Beschwerden dauernd befreien, sodass in diesem Fall die Lageveränderung unzweifelhaft als symptomlos zu bezeichnen war.

Als Resultat dieser Untersuchungen ist mithin zu bezeichnen, dass es eine ganze Anzahl von Retroflexionen giebt, die auch nicht die geringsten Krankheitserscheinungen verursachen. Andererseits lässt es sich aber auch nicht bezweifeln, dass eine völlig incomplicierte Retroflexio die allerunangenehmsten Beschwerden, sowohl localer wie reflectorischer Natur machen kann, sodass es einer Frau keineswegs gleichgültig sein kann, wie Theilhaber meint, ob sie ihren Uterus in Ante- oder Retroflexion trägt.

Ferner haben unsere Untersuchungen ergeben, dass man nicht berechtigt ist, bei einer bestehenden Retroflexio alle hierher gehörigen Symptome ohne weiteres auf diese zu beziehen, da man häufig imstande ist, allein durch Behandlung etwaiger Complicationen die Kranke dauernd von sämtlichen Beschwerden zu befreien.

Herrn Geheimrat Prof. Dr. Olshausen spreche ich für die gütige Überlassung der Fälle, Herrn Prof. Dr. Winter für die Anregung zu dieser Arbeit und die Fülle dessen, was ich im Verlauf unserer Untersuchungen von meinem hochverehrten Lehrer zu lernen Gelegenheit hatte, meinen gehorsamsten Dank aus.

Thesen.

I. Bei einem kriminellen Abort ist nicht die Abortierende, sondern allein das Individium zu bestrafen, das den Abort eingeleitet hat.

II. Die Vaginofixation als Therapie der Retroflexio uteri ist unbedingt zu verwerfen.

III. Die neueren Angriffe auf die atomistische Hypothese sind ungerechtfertigt. Der Vorschlag, den Dualismus in der Naturerklärung durch den Begriff „Energie“ zu beseitigen, bedeudet einen Rückschritt.

IV. Bei Placenta praevia ist die Wendung auf einen Fuss der Tamponade vorzuziehen.

Lebenslauf.

Verfasser, Wilhelm Thedinga, evangelisch, wurde als Sohn des Kaufmanns Eduard Thedinga am 23. November 1866 zu Lingen a. d. Ems geboren. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Lingen und dem Köllnischen Gymnasium zu Berlin. Das letztere verliess er mit dem Zeugnis der Reife Michaelis 1886 und bezog die Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, an der er bis Ostern 1891 in der philosophischen Facultät inscribiert war, um sich mit dem Studium der klassischen Philologie zu befassen. Im Mai 1893 unterzog er sich dem Examen pro facultate docendi und schloss damit seine philosophischen Studien ab, um sich am 8. Juni 1893 von neuem an hiesiger Universität immatriculieren und in der medicinischen Facultät inscribieren zu lassen.

Am 29. Juli 1894 bestand er die ärztliche Vorprüfung, am 3. Juli 1896 das Examen rigorosum; am 7. Mai dieses Jahres hat er begonnen, das medicinische Staatsexamen zu erledigen.

Während seiner medicinischen Studien hörte er die Vorlesungen und Kurse folgender Herren:

v. Bergmann, du Bois-Reymond (†), Engler, Fischer, Gebhard, Gerhardt, Hansemann, Hertwig, Heubner, Jolly, Klemperer, Kundt (†), Langerhans, v. Leyden, Liebreich, Olshausen, Rubner, Schulze, Schweigger, Silex, H. Virchow, R. Virchow, Waldeyer, Winter.

Diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt der Verfasser seinen aufrichtigsten Dank.